

**Patientuppgifter**

Efternamn	Förnamn	Personnummer
-----------	---------	--------------

**Intyg baserat på**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Undersökning av sökanden vid besök         | <input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökanden |
| <input type="checkbox"/> Uppgifter från sökanden, utan undersökning | <input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år |
| <input type="checkbox"/> Uppgifter från anhörig eller god man       | <input type="checkbox"/> Journalanteckningar         |

**Diagnos** (på svenska)

--

**Rörelsehinder**

Beskriv rörelsehindret eller andra problem att förflytta sig som den sökande har

--

Hur långt kan sökanden gå utan hjälp av annan person på plan mark?

meter

Används något gånghjälpmedel? Vilket?

--

Kör sökanden själv fordonet?

- 
- Ja
- 
- Nej

I de fall den sökanden inte själv kör fordonet, kan hon/han efter nödvändig assistans utanför fordonet lämnas ensam medan föraren parkerar?

- 
- Ja
- 
- Nej      Om nej, varför?

--

**Förväntad varaktighet**

Rörelsehindret beräknas bestå under

- 
- Mindre än 6 mån
- 
- 1-2 år
- 
- 2-3 år
- 
- Bestående

--

**Underskrift legitimerad läkare**

Datum	Ort	Namnförtydligande
Underskrift		
Eventuell specialistkompetens		Telefon
Tjänsteställe och postadress		